Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 41 — 20 Mai 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
s et Départements. . . . . 7 fr.
nger. . . . . 10 fr.
abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
ORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

)ROCÈLES PÉRITONÉO-VAGINALES, VARIÉ-ÉS FUNICULO-VAGINALES, par M. FORGUE. . 237

HILIS ET EAUX SULFUREUSES, par M. DE AVARENNE. 238

ANALYSES

:tériologie : Pseudo-actinomycose bacillaire, par J. SAVTCHENKO. 241

lecine expérimentale : Recherches expérimentales concernant l'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par M. GATTI. — Nouvelles recherches expérimentales avec le nitrite d'amyle, par M. F. WINTER. — Modifications du sang provoquées par la ligature cholédoque, M. VERBITZKY. 241

lecine : Bronchite fibrineuse idiopathique, par M. A. OKOLOWSKI. — Diagnostic de l'artério-sclérose par les yons de Röntgen, G. HOPPE-SEYLER. 241

rurgie : Trois cas de chirurgie de la rate et du rein, r H. CRAMER. — Traitement des hydarthroses du genou après la ponction, par M. L. HEIDENHAIN. — De la rilisation du catgut, par M. ZAIATSCHOWSKY 242

stétrique et Gynécologie : Colpotomie antérieure vagino-fixation, par M. FRAISSE. 242

rologie et Psychiatrie : Sur la suspension comme éthode de traitement dans les maladies nerveuses, par . WOROTYNSKY. — De la tétanie. Etude étiologique et thologique, par M. A. SARBÔ. — Paralysie bulbaire thénique (paralysie bulbaire sans lésion anatomique; yasthénie grave pseudoparalytique), par M. STRUMLL. — Sur l'origine de l'amyotrophie tabétique, par . SCHAFFER. — Des lésions du système nerveux central ns la polynévrite, par M. SOUKHANOFF 242

ntalmologie : De l'action des injections sous-conctivales de parachlorophénol, par M. BRILLIANTOFF. Études expérimentales et considérations critiques sur phthalmie sympathique, par M. L. BACH. — Un cas de ératomycose, par M. O. SCHIRMER 243

érapeutique et Matière médicale : Les indications du xéroforme, par M. E. HEUSS. — La lorétine mme antiseptique, par M. SCHAPIAWSKY. — Note sur action antirhumatismale de la malakine, par M. S. KOTKY et P. OUSSOFF 244

rothérapie, Opothérapie : Trois cas d'idiotie yxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne, par . BOURNEVILLE 244

SOCIÉTÉS SAVANTES

adémie de médecine : Sur la pathogénie de l'appencite, M. PONCET. — Valeur du gaïacol comme anesthésique local, M. RECLUS. — Sur un procédé de restauration des pertos de substance étendues de la voûte palatine, M. DELORME CCV

ciété de biologie : Animaux et végétaux; procédés défense, M. CHARRIN. — La résistance thermogénique chez l'homme. Bain de trois heures dans l'eau à 5 degrés, M. LEFÈVRE. — Sur la coque excrémentitielle des œufs et des larves de certains insectes, en particulier du « clythra quadripunctata », M. HENNEGUY. — Recherches sur la teneur de la bile en cholestérine, MM. DOYON et DUPONT. — Action des injections de sérum artificiel dans l'empoisonnement strychnique. — Tuberculose expérimentale du foie par l'artère hépatique, MM. A. GILBERT et H. CLAUDE. — Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésions de réaction à distance dans la moelle épinière, M. MARINESCO. MM. GIARD, RAILLIET. — L'auscultation de la percussion au moyen du stéthoscope de Boudet de Paris perfectionné par MM. Capitan et Verdin, M. CAPITAN. — Le lavage du sang dans les infections chirurgicales, M. TUFFIER. M. MALASSEZ. CCVI

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Trois cas d'hydrargyrie cutanée, M. FOURNIER. MM. HALLOPEAU, FOURNIER, BESNIER. — Chancre syphilitique probable de la lèvre, M. DANLOS. MM. RENAUD, FOURNIER, DU CASTEL, BESNIER. — Cas d'éruption papuleuse d'aspect lichénoïde aprurigineuse, M. DANLOS. MM. VÉRITÉ, HALLOPEAU, BESNIER, DARIER. — Lichen plan en nappe, M. RENAULT. M. BESNIER. CCVII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 Mai 1896, à 1 heure. — M. BENOIT : Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux; MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Widal. — M. VENASSIER : Contribution à l'étude du traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires; MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Widal. — M. EMERY : Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme; MM. Fournier, Terrier, Gaucher, Sébileau. — M. BEAUSSE : Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance; MM. Terrier, Fournier, Gaucher, Sébileau.

Jeudi 28 Mai 1896, à 1 heure. — M. VERHAEVEN : Une observation d'éléphantiasis filarien; MM. Proust, Joffroy, Marie, Gilbert. — M. CARPENTIER : De la défense dans le délire de la persécution chronique; MM. Proust, Joffroy, Marie, Gilbert. — M. GUILLEMINOT : Albuminurie dans les maladies chroniques; MM. Bouchard, Cornil, Hutinel, Roger, — M. SIMON : Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorrhagies et de la septicémie péritonéale post-opératoire; MM. Cornil, Bouchard, Hutinel, Roger. — M. BERTHOUD : Géographie médicale et statistique de Vitteaux (Côte-d'Or); MM. Laboulbène, Debove, Chantemesse, Charrin. — M. REBULET : Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie; MM. Debove, Laboulbène Chantemesse, Charrin. — M. OLGIATI : Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate; MM. Guyon, Panas, Polaillon, Hartmann. — M. GIEURE : Du massage oculaire; MM. Panas, Guyon, Polaillon, Hartmann.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 26 Mai 1896. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Rémy. — 3e (Deuxième partie) (1re série) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Achard. — 3e (Deuxième partie) (2e série) : MM. Laboulbène, Charrin, Marie. — 3e (Deuxième partie) (3e série) MM. Raymond, Roger, Ménétrier. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot, — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Campenon, Quénu. — 5e (Première partie) Chirurgie, Charité (Deuxième série) : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Jaccoud, Cornil, Marfan. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Mercredi 27 Mai 1896. — 1er définitif (Officiat) : MM. Rémy, Retterer, Poirier. — 3e Oral (Première partie) : MM. Pinard, Reynier, Walther. — 3e (Deuxième partie) : MM. Potain, Grancher, Gilles de la Tourette. — 4e MM. Landouzy, Netter, André. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Monod, Ricard, Lejars. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Delbet, Broca. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Joffroy, Wurtz.

Jeudi 28 Mai, 1896. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Mathias-Duval, Albarran, Letulle. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Rémy, Thiéry, Wurtz. — 3e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Duplay, Maygrier, Poirier. — 3e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Bonnaire. — 3e (Deuxième partie), (2e série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Thoinot. — 3e (Deuxième partie) (2e série) : Grancher, Raymond, Marfan. — 4e MM. Pouchet, Achard, Netter.

Vendredi 29 Mai 1896. — 2e Oral, (Première partie) : MM. Remy, Delbet, Henri. — 3e Oral (Première partie : MM. Marchand, Sébileau, Poirier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Potain, Straus, Gaucher. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Broca. — 5e (Deuxième partie), Charité (1re série) : MM. Grancher, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série), MM. Hayem, Wurtz, Widal. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Samedi 30 Mai 1896. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Poirier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Polaillon, Quénu. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Letulle, Hutinel. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Cornil, Chantemesse, Marfan. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton. — 5e (Deuxième partie), Charité (1re série) : MM. Joffroy, Ménétrier, Roger. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Gilbert, Achard. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clin. d'accouchement rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Exercices opératoires, sous la direction de M. P. POIRIER, chef des Travaux anatomiques. — Quatrième cours : M. SOULIGOUX, Prosecteur, avec le concours de six aides d'Anatomie, fera sa première démonstration, le jeudi 21 Mai 1896, à 1 heure précise, Pavillon n° 7.

Concours du Prosectorat, ouverture le mardi 26 mai, à midi et demie. — Juges : MM. Guyon, Farabeuf, Tillaux, Le Dentu, Poirier,
Suppléants : MM. Ricard, Retterer, Sébileau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 Mai 1896.

M. Empis annonce, en quelques paroles émues, la mort du professeur Germain Sée.

M. Landouzy rappelle, dans un discours très applaudi, le rôle du Dr G. Sée, et, son influence comme professeur, comme médecin et comme académicien.

M. Fournier présente, au nom de MM. Budin et Barthélemy, plusieurs photographies obtenues par le procédé de Röntgen, et reproduisant les lésions osseuses d'une main acromégalique, d'une main atteinte de rhumatisme blennorrhagique, et d'un traumatisme du coude.

Sur la pathogénie de l'appendicite. — **M. Poncet** (de Lyon). J'ai déjà, dans deux communications récentes à l'Académie, insisté sur la réaction de l'appendice dans les cas d'inflammation de cet organe. Je veux, aujourd'hui, tirer quelques déductions de 71 observations recueillies dans mon service.

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate fer et Manganèse* FER CHEYNET
lycérophosphate de chaux Freyssinge.
UBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel.
OUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

VICHY-CÉLESTINS
SIROP FERRUGINEUX DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.
HAMAMELIDINE LOGEAIS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

Les interventions pratiquées peuvent être classées dans le groupe des laparotomies iliaques et des laparotomies médianes. 15 fois, l'appendice a été amputé, dont 12 fois à froid. 6 fois il présentait un rétrécissement, et ne contenait pas de calculs, mais se trouvait plusieurs fois coudé; 5 fois il était rectiligne, ne présentait aucun rétrécissement, aucun calcul dans sa cavité. Il en résulte que la pathogénie de l'appendicite n'est pas une, mais varie suivant les cas.

M. Dieulafoy a accordé une importance trop considérable au rétrécissement de l'appendice par corps étrangers; Roux (de Lausanne), a montré la tolérance de l'appendice pour les corps étranges.

La véritable cause de l'appendicite est l'infection avec tous ses degrés, qui se retrouvent dans l'appendicite catarrhale et l'appendicite aiguë avec perforation.

M. Laffargue (de Lyon) a montré, dans sa thèse, que dans 88 pour 100 des autopsies, on trouvait des matières fécales dures ou molles dans l'appendice; d'autres fois, l'appendice est oblitéré sans qu'il y ait inflammation.

Les chirurgiens anglais et américains et Roux (Congrès de chirurgie, 1895) ont assimilé l'appendicite à l'amygdalite, et cette opinion s'appuie également sur la comparaison de la structure histologique des deux organes. L'appendicite est héréditaire, se produit sur un terrain spécial, au même titre que l'amygdalite.

Voici les résultats opératoires obtenus par nous : 12 résections à froid, 12 guérisons; 3 résections au cours de l'appendicite aiguë, 2 morts et une guérison; 33 incisions pour phlegmons : 27 morts et 6 guérisons. Enfin, 13 laparotomies pour gangrène de l'appendice, 13 morts. Ce qui fait donc le pronostic dans l'opération de l'appendicite, c'est l'état de l'intestin.

Valeur du gaïacol comme anesthésique local. — M. Reclus. M. Lucas-Championnière, dans une communication à l'Académie, arrivait à la conclusion que le gaïacol avait une action plus intense localement que la cocaïne, qu'il avait l'avantage d'agir sur les tissus enflammés, et qu'il ne possédait pas les dangers de la cocaïne.

J'ai expérimenté dans un certain nombre de cas le gaïacol, et je veux seulement citer quelques-uns des résultats que j'ai obtenus.

Dans un premier cas, je fis l'injection de 30 centigrammes de gaïacol, dilués dans 6 centimètres cubes d'eau. Au bout de dix minutes, comme le recommandent MM. L. Championnière et André, lorsque je voulus couper la peau, le malade manifesta une vive douleur; je continuai l'opération à la cocaïne, et le malade ne sentit plus rien.

Dans un deuxième cas, ayant à faire une incision de 12 centimètres, je fis l'anesthésie avec le gaïacol sur une étendue de 6 centimètres, et avec la cocaïne sur une étendue de 6 centimètres également. Lorsque j'incisai les tissus anesthésiés par le gaïacol, le malade éprouva de la douleur, tandis que les tissus anesthésiés par la cocaïne n'étaient pas sensibles.

Il en a été de même dans un cas de cure radicale d'hydrocèle, dans une castration, dans une opération de sarcocèle tuberculeux.

Il en résulte que la puissance analgésique du gaïacol est infiniment plus faible que celle de la cocaïne. De plus, la cocaïne agit parfaitement sur les tissus enflammés, à condition qu'on l'emploie à dose plus forte et en attendant un peu plus longtemps. Enfin, les dangers et les accidents de la cocaïne ne se produisent que lorsqu'il y a abus dans la dose ou le titre de la solution. Le titre de la solution ne doit pas dépasser 1 pour 100 et la dose 20 centigrammes. Or, ces doses sont parfaitement suffisantes pour pratiquer une cure radicale de hernie, une ablation de tumeur, même volumineuse, du testicule. De plus, on ne doit jamais opérer les malades assis, ni injecter la cocaïne dans l'intérieur d'une veine, ce qu'on évite en poussant l'aiguille dans le derme cutané. Enfin le malade doit rester couché pendant une heure après l'opération, et ne se lever qu'après avoir pris quelques aliments ou un peu d'alcool. J'ai pu, en prenant ces précautions, pratiquer 3.500 opérations sans voir survenir aucune syncope ni aucun vomissement,

La cocaïne ne doit être employée que dans les cas où la ligne d'incision peut être entièrement déterminée à l'avance, et doit, par conséquent, être rejetée comme anesthésique pour les opérations abdominales.

Sur un procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine. — M. Delorme. Deux procédés sont actuellement préconisés : la prothèse et l'autoplastie.

Pour que l'autoplastie puisse être pratiquée, il faut que l'étoffe soit suffisante, c'est-à-dire que la perte de substance ne soit ni trop large, ni trop antérieure.

Voici un procédé d'autoplastie qui permet de réparer des pertes de substance de 3 à 4 centimètres de long et 2 centimètres de large.

On taille, aux dépens de la muqueuse génienne, un lambeau en T, à base postérieure adhérente. Son pédicule horizontal correspond à l'espace interdentaire; il se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical rectangulaire taillé dans la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à angle obtus; les bords de la branche verticale du T sont fixés à ceux de la perte de substance, et pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires, on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la suture du pédicule.

Le traitement consécutif est banal : séjour au lit dans une chambre chauffée, silence absolu, etc.

Les bords de la plaie se rapprochent avec une grande facilité, grâce à l'extensibilité de la muqueuse génienne. J'ai expérimenté ce procédé chez deux malades avec succès. E. Labbé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

16 Mai 1896.

Animaux et végétaux : procédés de défense. — M. Charrin. Le bacille du brunissement du sarment inoculé aux animaux n'arrive à tuer parfois le lapin ou le cobaye que si on fait intervenir des facteurs tels que le froid, le traumatisme, facteurs capables de détériorer le terrain, de troubler les phagocytes, les vaso-moteurs, etc.

Chez la plante, la diffusion ne se réalise pas de la partie malade à la partie saine. Pour réussir, il convient de s'adresser à des sarments sectionnés aux deux extrémités et plongés dans une culture fertile. On le place en stratification dans le sable, à 25 degrés; or, à ce moment, la vie est au repos, la sève est peu acide, aussi le bacille pullule.

En somme, on arrive à établir que, plus les êtres s'élèvent dans l'échelle, plus leurs modes de protection, à l'exemple de leurs appareils, sont complexes.

Dans le règne végétal, nous retrouvons pour la vigne ce que j'avais vu pour les crassulacées inoculées à l'aide du bacille pyocyanique, à savoir le rôle des sucs, de leur acidité, en dehors des résistanceo opposées par les membranes d'enveloppe des cellules, résistances plus efficaces que celle des épithéliums.

Grâce au choix varié des espèces, on arrive à dissocier les procédés de défense des organismes vis-à-vis des parasites. On établit que les protections liées à la nutrition, à la composition et à la réaction des plasmas sont les plus répandues, les plus fixes, qu'elles suffisent souvent pour s'opposer à l'infection. On prouve que celles qui dérivent du névraxe, des cellules à mouvements amiboïdes forment, pour ainsi dire, des perfectionnements de défense surajoutés.

La résistance thermogénétique chez l'homme. Bain de trois heures dans l'eau à 15 degrés. — M. Lefèvre. Un homme de trente-deux ans a été plongé dans l'eau à 15 degrés pendant trois heures, et durant cette immersion, le sujet a conservé l'immobilité. Les conclusions de l'expérience ont été les suivantes :

1° Il y a d'abord une phase d'excitation, pendant laquelle, la température du corps s'élève malgré une perte de 132 calories;

2° A la quinzième minute commence la phase de dépression qui dure vingt à ving-cinq minutes, phase pendant laquelle la température interne s'abaisse, la thermogenèse restant cependant supérieure à la moitié du débit;

3° Enfin, après une oscillation insignifiante, la température interne reste fixe. Pendant deux heures et demie, le coefficient de résistance, à peu près invariable, reste voisin de l'unité et l'on peut dire que, malgré le débit considérable de 4 calories à la minute, la résistance est parfaite.

L'organisme humain, convenablement entraîné, arrive donc à pouvoir compenser, pendant plusieurs heures, par une résistance et une adaptation merveilleuses, les pertes énormes que l'eau froide lui fait subir (perte totale de 800 calories).

Sur la coque excrémentitielle des œufs et des larves de certains insectes, en particulier du *Clythra quadripunctata*. — M. Henneguy dépose une note de **M. Lécaillon**, établissant que le *Clythra quadripunctata* possède deux coques de nature excrémentitielle ou scatoconques, l'une larvaire, l'autre ovulaire. Ces insectes sont donc, pendant presque toute leur existence, protégés par leur enveloppe excrémentitielle; seule, la courte période d'existence ailée se passe en dehors de cet abri protecteur.

Recherches sur la teneur de la bile en cholestérine. — MM. Doyon et Dupont. Les auteurs ont cherché à découvrir l'origine de la cholestérine dans la bile. Ils ont constaté que la bile de fistule contient de la cholestérine, mais en quantité beaucoup plus faible que la bile de vésicule.

La teneur plus grande en cholestérine de la bile de vésicule non filtrée, peut s'interpréter dans le sens d'un apport de cholestérine par les parois de la vésicule elle-même. Le dosage de la cholestérine, dans le foie de chien a donné de 0.30 à 0.80 pour 100 de cholestérine. Les auteurs croient, en résumé, que cette substance est éliminée au niveau du foie et au niveau de la vésicule.

Action des injections de sérum artificiel dans l'empoisonnement strychnique. — M. Chassevant. Une double série d'expériences entreprises chez le lapin amène M. Chassevant à admettre que les injections de doses massives de sérum artificiel semblent empêcher l'intoxication par la strychnine, à condition d'être pratiquées avant l'apparition des accidents nerveux.

Tuberculose expérimentale du foie par l'artère hépatique. — MM. A. Gilbert et H. Claude. Après avoir étudié la tuberculose expérimentale des voies biliaires, les auteurs publient cette fois les résultats qu'ils ont obtenus dans 7 cas de tuberculisation expérimentale du foie par l'artère hépatique.

L'injection de bacilles tuberculeux dans l'artère hépatique détermine, au début, une accumulation de leucytes dans les espaces-portes exclusivement, et, en particulier, dans la paroi des conduits biliaires, moins souvent autour des veines ou dans le tissu cellulaire. La prolifération leucocytaire envahit rapidement ensuite tout l'espace porte où se constituent des follicules tuberculeux bien développés, avec cellules géantes. La lésion reste toujours limitée à l'espace porte, il est possible, dans certains cas, si les troubles circulatoires sont très prononcés par suite d'embolie, thrombose ou artérite tuberculeuse, que certains territoires hépatiques autour de l'espace porte subissent une nécrose plus ou moins étendue. La zone sphacélée est alors limitée par une bande fibro-conjonctive remplies de cellules rondes, au milieu desquelles se trouvent quelques cellules géantes des canaux biliaires et enfin quelques vaisseaux.

Lorsque l'évolution de la maladie a dépassé un certain temps, les lésions tuberculeuses, qui étaient localisées aux espaces portes, se généralisent, comme si les foyers d'inoculation primitifs étaient l'origine d'une infection nouvelle.

La disposition élective des tubercules au niveau des conduits biliaires permet donc d'envisager l'infection par la voie de l'artère hépatique comme une des causes possibles de la tuberculose des voies biliaires.

Sur un nouveau cas de polynévrite avec lésion de réaction à distance dans la moelle épinière. — M. Marinesco. L'examen du système nerveux central, périphérique d'un individu atteint d'une paralysie atrophique, dans le domaine du nerf sciatique poplité externe a permis de constater une série de lésions qui peuvent être résumées ainsi : dégénérescence parenchymateuse des nerfs sciatiques poplités externes, intégrité des racines antérieures, dissolution du kinétoplasma (la substance chromatique de la cellule) des cellules nerveuses situées dans le groupe postéro-externe du renflement lombaire; migration du noyau vers la périphérie; intégrité, au moins apparente, de la substance fondamentale de la cellule nerveuse.

Ces lésions cellulaires sont des lésions par réaction à distance, consécutives au processus de dégénérescence des nerfs périphériques. Comme les polynévrites guérissent dans certains cas, on doit admettre, en conséquence que les lésions centrales, produites dans ces circonstances, sont curables.

M. Giard présente une note établissant l'existence d'un ferment bleuissant la teinture de gaïac chez le Bacille trylloïdes cyanescens et chez l'Ascidia fumigata Grube.

M. Railliet décrit les parasites, tant internes qu'externes, qu'il a découverts à l'autopsie d'un jeune dromadaire.

L'auscultation de la percussion au moyen du stéthoscope de Boudet, de Paris, perfectionné par MM. Capitan et Verdin. — M. Capitan. Si M. Brandt semble bien être l'auteur de la méthode de l'auscultation stéthoscopique de la percussion, Boudet, de Paris, avec son stéthoscope imaginé en 1880, a la priorité de l'instrument. Ce dernier stéthoscope, légèrement modifié par MM. Capitan et Verdin, donne exactement les mêmes résultats que le phonendoscope.

Le lavage du sang dans les infections chirurgicales. — M. Tuffier. Les injections intraveineuses de *solutions salines*, dites de sérum artificiel, sont entrées largement dans la pratique. Les recherches de Dastre et Loye ont démontré, depuis 1887, qu'elles sont inoffensives dans les conditions de vitesse, de pression, d'asepsie et de perméabilité rénale qu'ils ont établies. Les applications de cette méthode, chez l'homme, ont été successivement faites par les médecins et les chirurgiens; les résultats obtenus dans les cas d'hémorrhagies abondantes, et dans les maladies infectieuses, ont été remarquables et si constants que le droit de cité, en pathologie humaine, leur est largement acquis.

Pour ma part, j'ai pu suivre cette question à son foyer d'origine même, au laboratoire de mon maître de expérimentation, M. Dastre, et je l'ai appliquée, dès que j'en ai trouvé l'occasion. Depuis 1892, j'ai pratiqué une cinquantaine de ces injections massives de la solution saline, dite physiologique, dans le *tétanos*, les *hémorrhagies* traumatiques graves, les *septicémies* péritonéales et certaines *infections rénales*. Je viens vous donner les résultats obtenus, et, surtout, vous soumettre quelques réflexions sur le mode d'action, encore bien obscur, de cette remarquable méthode.

Au mois de mars 1892, j'ai reçu de Melun, à l'hôpital Beaujon, un malade qui portait une petite plaie transversale, cicatrisée, de la région orbitaire droite. Cinq jours avant son entrée, le malade avait reçu un coup de pied de cheval, la plaie s'était réunie, par première intention, sans aucun pansement. Au troisième jour était apparu du trismus, et, je me trouvais en présence d'un tétanos au début, encore limité à la région cervico-faciale.

Pendant deux jours, le traitement par le chloral, la morphine, l'enveloppement ouaté, n'aboutit qu'à une généralisation des contractures et à des spasmes laryngés. J'étais sur le point d'agir sur la cicatrice, quand je revenir mes collègues Chantemesse et Vidal, et, parlant des résultats du lavage du sang, nous décidâmes d'avoir recours à ce procédé. Je pratiquai, séance tenante, le malade étant en opisthotonos, une saignée de 500 grammes et j'injectai 1.200 grammes de sérum artificiel. Dans l

journée, toutes les contractures cessèrent, et, le lendemain matin, le malade n'avait plus qu'une certaine difficulté à écarter les mâchoires.

Le lendemain matin, le trismus et les contractures reparaissent, nouvelle saignée de 700 grammes, injection de 1.200 grammes de solution saline. Le soir même, les contractures avaient disparu pour ne plus se manifester que par un peu de trismus, et, après trois jours, le malade pouvait se considérer comme guéri.

Je l'ai revu un an après, parfaitement bien portant.

Le 13 mars 1894, je traitais, à Beaujon, un employé de l'Ouest, qui présentait un écrasement de la main et du pied droit. L'accident avait été causé par un coup d'un pilon, destiné à enfoncer des madriers. Au cinquième jour, parut un tétanos à début cervico-facial. Là encore, le traitement médical fut insuffisant, et, devant la gravité des contractures, je fis pratiquer, à deux jours d'intervalle, deux saignées d'environ 600 grammes, et deux injections de solution saline. Le malade a parfaitement guéri.

Je ne veux pas déduire de ces faits, l'efficacité des lavages du sang dans le tétanos. Ces deux malades présentaient une forme quelquefois bénigne de cette terrible affection; ils auraient peut-être guéri sans ma médication. Je demande seulement qu'on inscrive, à l'actif de certaines formes de tétanos, la simple injection de solution saline, et que, dans les cas où les autres traitements médicaux ou chirurgicaux ont échoué, on soit autorisé à mettre en œuvre cette méthode.

Je n'insisterai pas sur les résultats que j'ai obtenus dans les *hémorrhagies graves* et dans les *infections péritonéales*; ils sont conformes à ce que vous savez sur cette question (Th. Anger, Lejars, Monod, Pozzi, Peyrot, Delbet), et je puis vous dire seulement que les quantités injectées ont varié de 3 à 8 litres. Cinq de mes malades lui doivent actuellement leur salut. L'une succombait à une hémorrhagie telle, qu'au moment où mon interne, M. Desfosses, fit l'injection elle était flasque, insensible, et ne présentait plus de réflexe cornéen, si bien qu'elle n'a jamais su ce qui s'était passé au moment de son injection. Les quatre autres étaient atteintes de septicémie péritonéale consécutive à des appendicites ou à des interventions graves sur l'abdomen. Elles présentaient ces formes infectieuses aiguës, presque apyrétiques, avec un pouls incomptable et les extrémités malades que nous considérons comme mortelles, et l'issue fatale à très brève échéance, était inévitable, de l'aveu de notre entourage ou de nous-même. Ces malades ont reçu de 4 à 12 litres de solution saline et ont guéri. Sans doute, nous n'enregistrons pas que des succès, et dans trois cas j'ai échoué; mais, par contre, je laisse de côté les succès où les malades auraient peut-être guéri sans intervention.

J'ai essayé cette méthode dans deux cas d'*infections rénales suppurées*, alors que l'un des deux reins, plus malade avait été ouvert et drainé. Les résultats que j'ai obtenus et que je prévoyais de par la physiologie pathologique ont été à peu près négatifs. J'ai bien pu provoquer une diurèse, rendre à la bouche son humidité d'un pronostic généralement favorable, mais je n'ai pu que prolonger de quelques jours la vie de mes malades. Il est probable que de ce côté nous trouverons certaines formes de pyélo-néphrites justiciables du lavage du sang; mais on ne peut donner actuellement aucune indication de ce côté.

Le point de physiologie pathologique que je voudrais aborder a trait au mode d'action de ces lavages. Il est logique de penser que les doses massives d'eau injectée entraînent les toxines, mais, cette élimination ne peut avoir lieu que par un intermédiaire obligé, le relèvement et le maintien d'une tension normale de la pression artérielle. Les *conditions* dans lesquelles nous agissons chez nos malades diffèrent de celles dans lesquelles s'étaient placés les expérimentateurs. Les *quantités d'eau injectées* sont beaucoup moindres en pathologie humaine que dans les expériences de M. Dastre. Nous faisons une injection intra-veineuse qui est une simple réplétion de l'appareil circulatoire et nous nous arrêtons juste au moment où le lavage véritable commencerait, et cependant, le résultat pratique est acquis, puisque nous mettons ainsi en jeu l'action des émonctoires naturels (diurèse, sécrétion salivaire, diaphorèse, etc.). Une seconde différence entre nos conditions d'expérimentation, c'est que le physiologiste agit sur un animal sain, dont la tension artérielle est normale, et nous agissons, au contraire, sur un malade dont le pouls est petit, rapide, mou et fuyant, symptomatique d'une *tension artérielle minima*. Depuis bien longtemps, j'ai remarqué que le premier symptôme d'une infection grave chirurgicale, c'est l'abaissement de la pression artérielle, et quand on observe les accidents qui terminent ces péritonites suraiguës, on arrive à cette conviction que nos malades succombent par asthénie cardiaque, soit que l'intoxication frappe les centres vaso-moteurs, soit qu'elle atteigne l'appareil nerveux du cœur lui-même. Le muscle cardiaque se contracte follement et à vide.

Or, le premier effet d'une injection intra-veineuse en pareil cas, c'est l'augmentation de la tension artérielle, la régularisation et la diminution des battements du cœur. L'action est si rapide et si manifeste qu'il est bien difficile d'y voir tout d'abord autre chose qu'une simple action mécanique, un véritable point d'appui donné à la contraction cardiaque. Je crois que cette tonicité rendue à l'appareil circulatoire joue, par elle-même, un rôle considérable En effet, l'abaissement de la pression artérielle provoquée par l'infection a pour conséquence corrélative immédiate une excrétion minima d'urine qui est réduite à quelques 100 grammes, or, cette suppression du filtre rénal, seule voie d'émonction, est un obstacle à l'élimination des toxines et une cause de l'aggravation des accidents. Or, le second résultat bien net et presque immédiate d'une injection intra-veineuse, c'est la diurèse, nous voyons nos malades uriner de 1.000 à 3.000 grammes dans les vingt-quatre heures, suivant les quantités injectées. Cette urine, dont je n'ai pu encore déterminer le coefficient de toxicité, renferme bien probablement un grand nombre de produits morbides qui empoisonnaient le malade, et c'est alors que l'action du lavage véritable commence, et, non seulement le rein, mais les glandes salivaires, la peau, l'intestin contribuent pour leur part à l'élimination des produits toxiques. Il se fait, en somme une guérison naturelle de la maladie, par mise en jeu des émonctoires naturels.

Le rétablissement de la tension artérielle et la continuation de l'injection intra-veineuse auraient même, pour quelques auteurs, le pouvoir d'empêcher l'absorption au niveau des foyers morbides. Quoi qu'il en soit, il est certain que le manque complet d'ingesta, chez nos opérés doit singulièrement faciliter la résorption par les veines au niveau des régions infectées, et que le rétablissement de la pression normale doit les diminuer d'autant.

Tels sont les quelques faits de physiologie que je viens vous soumettre et sur lesquels je serais heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Malassez. Les solutions salées physiologiques qui contiennent environ 7 gr. 5 de chlorure de sodium pour 1,000 d'eau ne sont pas celles qui conservent le mieux les globules rouges normaux.

Si la diminution de nombre, c'est-à-dire, la destruction des globules qui se produit dans ces conditions est bien connue, les modifications immédiates de formes et de dimensions sont moins étudiées; ce sont celles que l'auteur fait connaître.

Dans des mélanges à 1/200, à 1/100 et à 1/50 faits avec le sang de l'homme ou des animaux supérieurs et la solution salée à 7,5 pour 100, les globules rouges commencent par diminuer de diamètre et augmenter d'épaisseur. Au contraire, avec des solutions salées beaucoup plus concentrées, dépassant 5 pour 100, les diamètres s'agrandissent, les épaisseurs diminuent, puis les globules semblent s'aplatir et beaucoup se plissent irrégulièrement. Ces modifications sont moins rapides, moins considérables que les précédentes.

Les solutions intermédiaires, voisines de 1 pour 100 et même quelques peu supérieures conservent beaucoup mieux les dimensions et les formes normales des globules.

Il est probable que ces modifications de dimensions s'accompagnent de modifications dans la vie et les fonctions des globules.

Peut-être, dans certains cas, y aurait-il intérêt, à employer, au lieu des solutions aussi physiologiques que possible, des solutions modificatrices, soit dans un sens soit dans l'autre, par exemple des solutions ou plus concentrées ou plus diluées que celle à 1 pour 100. Ceci revient à dire que si M. Malassez préconise cette dernière, ce n'est pas d'une façon exclusive ni absolue.

R. Mercier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

12 Mai 1896.

Trois cas d'hydrargyrie cutanée. — **M. Fournier** présente trois cas d'hydrargyrie cutanée.

La première malade, ancienne syphilitique, prend, pendant huit jours, pour de l'intertrigo qu'elle croyait spécifique, deux cuillerées à soupe, par jour, de sirop de Gibert. Le huitième jour survient un véritable érythème scarlatiniforme avec suintement léger au niveau des plis de flexion.

La deuxième malade est une ancienne séborrhéique du cuir chevelu; elle usait auparavant de teinture pour ses cheveux, mais, depuis six mois, elle ne s'en est pas servi. Ayant eu de la blépharite, elle appliqua successivement de la pommade au précipité blanc, puis au précipité jaune; dès les premiers jours de l'application se manifesta un érythème intense, avec gonflement et épaississement de la peau de la face et suintement très accentué. Actuellement, la face est squameuse, recouverte de croûtelles; par places, l'aspect de l'éruption est celui d'un eczéma aigu.

Le troisième malade a déjà été présenté à la Société; cet individu qui exerce le métier de désinfecteur, avait eu quelques éléments de psoriasis dans sa jeunesse. Ayant absorbé, après avoir commis des excès, les vapeurs de sublimé qu'il vaporisait pour désinfecter, il a été pris une première fois en Février et une deuxième fois en Avril d'une poussée érythémato-squameuse généralisée simulant, de tous points, la dermatite exfoliatrice. Son urine contenait du mercure.

L'aspect des éruptions mercurielles, quoique variable avec le sujet, revêt cependant des caractères constants qui peuvent les faire reconnaître, même sans données étiologiques.

Ce sont des éruptions : 1° érythémateuses; 2° suintantes; 3° foliacées; elles revêtent, en général, soit partiellement, soit localement, un aspect eczémato'ide.

M. Hallopeau. L'éruption, chez deux des malades de M. Fournier, ressemble à un eczéma séborrhéique généralisé; les bords, la coloration des éléments sont ceux de l'eczéma séborrhéique. Je me demande si l'intoxication mercurielle n'a pas été la cause d'une poussée de cet eczéma.

M. Fournier. Je ne nie pas la ressemblance avec l'eczéma séborrhéique, mais l'éruption est actuellement très modifiée. Du reste, il y a des formes éruptives excessivement variées dans l'intoxication mercurielle. Il y a des hydrargyries cutanées qui tuent, d'autres qui sont excessivement bénignes.

M. Besnier. Dans ces intoxications, il y a souvent des questions de doses de médicaments, lesquels agissent à un moment, pour produire l'éruption, tandis qu'ils n'ont jamais agi avant ou qu'ils n'agiront plus après. Il y a donc un état de prédisposition particulier du sujet, qui donne naissance à l'hydrargyrie cutanée et en détermine la forme. Chez un sujet prédisposé à un type d'affection cutanée, la moindre cause peut réveiller la maladie; un traumatisme même local peut provoquer une éruption. On peut dire qu'alors la phagocytose n'est plus suffisante pour empêcher le développement de la maladie.

C'est ce qui rend la classification des formes dermatologiques si difficile. Il n'y a pas de lésions uniques pour une cause unique. L'hydrargyrie cutanée n'a jamais été de l'eczéma séborrhéique. Chez la première malade qui nous a été présentée tout à l'heure, il existait un intertrigo qui a été une condition prédisposante pour l'éruption; on peut en dire autant de la seconde qui avait déjà une lésion du cuir chevelu. Mais, chez tous ces malades, le mercure, absorbé en d'autre temps, ou d'autres conditions n'aurait peut-être rien produit.

Chancre syphilitique probable de la lèvre. — **M. Danlos.** L'ulcération présentée par la malade de M. Danlos est telle que, objectivement, l'auteur et M. Fournier auquel la malade a été présentée, il y a un mois environ, ont aussitôt porté le diagnostic de chancre syphilitique. Mais cette large ulcération de la lèvre inférieure ne s'accompagne ni d'induration de bords, ni d'adénopathie. Elle dure depuis bientôt deux mois; il n'est survenu, à aucun moment, de la roséole, mais seulement, un mois environ après le début de l'ulcération une quinzaine de grosses papules sur le corps. Ce cas est intéressant, car il semble bien difficile de faire d'autre diagnostic que celui de chancre induré.

M. Renaud. J'ai vu trois chancres syphilitiques des lèvres, chez un même sujet, ne déterminer aucune adénopathie.

M. Fournier. On voit cette absence d'adénopathie se produire quelquefois, mais le cas de M. Danlos n'en est pas moins prodigieusement intéressant.

M. Du Castel. En présence d'un pareil accident labial, et même en l'absence de roséole, je ne puis pas croire qu'il s'agisse d'autre chose, que d'un chancre syphilitique.

M. Besnier. La chronologie de l'apparition des papules ne me paraît pas bien fixée. Du reste, rien n'est plus difficile quelquefois que le diagnostic des chancres des lèvres. Je me rappelle d'une ulcération serpigineuse des lèvres considérée comme cancer, et qui a guéri avec une rapidité étonnante, par les injections de calomel.

Cas d'éruption papuleuse d'aspect lichénoïde aprurigineuse. — **M. Danlos.** Le malade que voici dit avoir cette affection depuis environ huit à dix ans. Il ne peut donner de renseignements sur son développement. Actuellement, existent sur les parties latérales du tronc et sur les membres, une série de papules discrètes, non croûteuses, lisses, légèrement brillantes, entremêlées de macules foncées. Il n'y a pas, et il n'y a jamais eu de démangeaisons.

M. Vérité. Je pense qu'il s'agit là d'une éruption de verrues.

M. Hallopeau. Je me rattache à l'idée d'un lichen obtusus.

M. Besnier. Il serait bon d'avoir l'opinion de M. Lerrede qui a examiné les coupes; je ne crois pas, pour ma part, à un lichen : il n'y a pas eu pendant dix ans le moindre prurit. Je croirai plutôt à une affection de la série épithéliale végétante. En tous cas, devant un malade pareil, s'il s'agit véritablement de lichen, il faut modifier l'étude du lichen de fond en comble.

M. Darier. J'ai vu les coupes et je ne crois pas à des verrues, mais je serai moins affirmatif pour le lichen.

Lichen plan en nappe. — **M. Renault.** Ce cas est particulièrement intéressant en raison de la disposition des éléments éruptifs qui forment de véritables nappes rappelant ce que l'on voit quelquefois, comme coloration et aspect dans les éruptions iodiques.

M. Besnier. Il y a là, en effet, une particularité de disposition en lignes parallèles qui n'est pas fréquente dans le lichen; l'ensemble de l'éruption est cependant nettement celle du lichen.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPECIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances*

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.

L'AIROL est un cicatrisant des plaies.

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOME

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HEYDEN

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

OVULES CHAUMEL

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS & BOUGIES CHAUMEL

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS & BOUGIES

DÉPOT CENTRAL :

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Dénis, PARIS.

DÉTAIL : **Pharmacie CHAUMEL DU PLANCHAT, 87, Rue Lafayette, PARIS.**

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette